Teia do Tempo das Políticas de Saúde Brasileiras

Autoras: Priscila Fortes Guimarães de Moura[1], Suzana Nascimento de Aguiar[1], Andressa Teoli Nunciaroni[2], Fátima Teresinha Scarparo Cunha[2]
[1]: *Discente do Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto;*
[2]: *Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto.*

Políticas e Programas Nacionais

1923 | Relatório Goldmark
Elaborado nos EUA, o relatório possui como objetivo analisar o cenário da educação em enfermagem no país. No Brasil, a reforma sanitária instituída por Carlos Chagas em associação à Fundação Rockefeller, foi o parco de fundo para a aplicação do relatório Goldmark no país.

Brasil Império
O modelo de assistência à saúde ainda era precário. Nessa época foram criadas as primeiras instituições para controle de epidemias e portos, como as policias sanitárias, porém eram ineficazes. Os ricos eram atendidos por médicos particulares e os pobres ainda dependiam da caridade e filantropia.

Brasil Colônia
A assistência à saúde era praticamente inexistente e totalmente precária. Em 1543, foi criada a primeira Santa Casa. Após a chegada da família real, houve a necessidade de se estruturar uma assistência sanitária mínima para atender as demandas da Corte.

1920 | Departamento Nacional de Saúde Pública
Sua criação se deu no contexto de intensa negligência sanitária por parte das autoridades públicas. O médico-sanitarista, Carlos Chagas, foi nomeado diretor, o qual buscou a ajuda da enfermeira Ethel Parsons e, juntos, desenvolveram a Missão Parsons.

Início do século XX
Caracterizado pelo crescimento urbano e industrial, bem como pelo surgimento de graves epidemias de doenças como a febre amarela, a peste e a varíola. Para protegia da economia, foram realizadas campanhas sanitárias e a saúde era gerida pelo Ministério da Justiça e Negócios Interiores.

1910 | Relatório Flexner
Relatório fundamental para a reforma das faculdades de medicina dos EUA e Canadá, tendo um impacto em todo o mundo. Através dele se estruturou a assistência médica previdenciária nas décadas de 1940 e 1950. Também orientou a organização dos hospitais estaduais e universitários.

1923 | Lei Eloy Chaves
Responsável pela criação da previdência social por meio das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), por meio do modelo assistencial médico privatista. As classes não operárias continuavam a ter seus direitos à saúde vinculados a pagamento ou a instituições filantrópicas.

1932 | IAPs
Substitui as CAPs. Eram estruturados de acordo com as categorias profissionais e centralizados pelo Governo Federal. Cada instituto possuía uma rede de ambulatórios e hospitais para a assistência visando na recuperação da saúde da força de trabalho.

1965 | INPS
Resultado da unificação dos IAPs. O foco ainda era na assistência à saúde individual devido à saúde pública estar sob responsabilidade dos governos estaduais e Ministério da Saúde, o que reforçou e expandiu o modelo biomédico através de financiamento e compras de serviços privados.

1977 | SINPAS e INAMPS
Foram criados o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O INAMPS era um órgão do governo destinado à prestação de assistência médica hospitalar baseada na compra de prestação de serviços privados de saúde.

1982 | Ações Unificados e Descentralizados de Saúde
Promovidos pelo INAMPS, os SUDS visavam universalizar de maneira equânime o acesso aos serviços de saúde que se concentravam na assistência à população inserida no mercado de trabalho formal. Pela primeira vez o Governo Federal passou a enviar recursos para estados e municípios com o objetivo de ampliar as redes de serviços promovendo a descentralização.

1982 | Programa de Ações Integrades de Saúde
Projeto que propôs um novo modelo de assistência onde as ações curativas, preventivas e educativas estariam integradas em uma rede ambulatorial que seria a porta de entrada no sistema de saúde. Tendo participação das três esferas do governo de forma hierarquizada e regionalizada, com ênfase no investimento governamental do setor público.

1920 | Relatório Dawson
Propôs a reestruturação do sistema de saúde da Inglaterra em três níveis de complexidade (primário, secundário e terciário). Primário: atendimento por generalistas. Secundário: serviços de especialidade em ambulatórios. Terciário: Especialidades em hospitais de ensino. Foi um marco importante para a organização dos sistemas de saúde como uma rede hierarquizada e regionalizada.

1978 | Declaração de Alma-Ata
Documento síntese da Conferência internacional sobre Cuidados Primários de Saúde promovido pela Organização Mundial de Saúde. Tal declaração afirmava a importância da Atenção Primária à Saúde como principal pilar para o desenvolvimento do processo saúde doença.

1948 | Organização Mundial de Saúde
Após a Segunda Guerra Mundial e todas as suas consequências sociais, foi criada uma organização intergovernamental vinculada à ONU com o objetivo de "conduzir todos os povos ao nível de saúde mais elevado possível". Foi nesse momento que a OMS definiu a saúde como não apenas a ausência de doença, mas sim um completo bem-estar físico, mental e social.

1953 | Ministério da Saúde
Apenas em 1953 houve a criação de um Ministério exclusivo às políticas de saúde no Brasil. Antes disso, ficava a cargo do Ministério da Educação e Saúde Pública. Seu foco principal era as populações de zonas rurais, as quais não estavam vinculadas ao mercado de trabalho formal.

1973 | Programa Nacional de Imunização
Idealizado pelo Ministério da Saúde. Dois anos após sua criação, ele foi institucionalizado, em 1975, e passou a entrar em vigor a coordenar as imunizações que aconteciam nas redes de saúde.

1999 | Política Nacional dos Medicamentos Genéricos

2004 | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

2009 | Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

2006 | Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

2003 | Política Nacional de Humanização do SUS

2014 | Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

2006 | Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

2005 | Política Nacional dos Direitos Sexuais e Reprodutivos
Garante o direito de todo cidadão no que diz respeito aos direitos sexuais, reprodutivos e de planejamento familiar.

1999 | Criação da ANVISA
Criada por meio da Lei nº 9.782, e vinculada ao Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária tem a finalidade de promover a proteção da saúde da população, através do controle sanitário da produção e consumo de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, bem como o controle de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados.

2000 | Criação da ANS
Regulamenta o setor privado de saúde e é vinculada ao Ministério da Saúde. Sua finalidade é promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

2011 | Criação da CONITEC
Por meio da Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, foi criada a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde, garantindo a participação popular neste processo.

1991 | PACS
Nos anos 80, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) teve início em algumas áreas do Nordeste. Distrito Federal e São Paulo. Em 1991, foi oficialmente implantado pelo Ministério da Saúde. Permite a geração de vínculo de confiança com o usuário de saúde e o desenrolar do processo saúde-doença mais humanizado e holístico.

1994 | Programa Saúde da Família (PSF)
Ao contrário do modelo anterior vigente, o qual era direcionado para os hospitais e para as elencas, o PSF foi criado com o objetivo de reorganizar a atenção básica à saúde do país. Seu foco principal foi a área e a ação de políticas que visem promoção da saúde à prevenção da doença e à recuperação. Para isso, um dos pilares do PSF é a ESF, a qual é formada por médicos, equipe de enfermagem e ACS.

1999 | Decreto Presidencial nº 3.189
Define as diretrizes para o exercício da atividade do ACS.

2012 | Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

2009 | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

2006 | Pacto pela Saúde
Acordo firmado pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) com foco principal na reforma institucional do SUS sustentada pelo tripé: Pacto pela Vida, Pacto pela Gestão e Pacto em Defesa do SUS.

2010 | Redes de Atenção à Saúde
A Portaria nº 4.279 Estabelece os fundamentos conceituais e operacionais essenciais ao processo de organização das redes de atenção à saúde e as diretrizes para sua implementação, visando a regionalização das ações e serviços de saúde no SUS e consequente a garantia da integralidade do cuidado.

2014 | Redefinição do PNPS
Possui como objetivos ampliar o conceito de saúde, bem como de promoção dela, tendo-se como base para isso as RAS como meio articulador entre os demais serviços de saúde, a participação popular, dentre outros aspectos.

2009 | Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
Instituída com fins de criar, promover, articular e integrar diversas esferas das Redes de Atenção no SUS para pessoas com os mais variados tipos e características de deficiências.

2018 | Política Nacional de Vigilância em Saúde
Define a Vigilância em Saúde como processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a prevenção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças. Ela abrange diversos tipos como "Vigilância Epidemiológica", "Vigilância em Saúde Ambiental", "Vigilância em Saúde do Trabalhador" e "Vigilância Sanitária".

2010 | Redes de Atenção Psicossocial
Voltada para o atendimento de indivíduos com transtornos mentais ou com problemas em decorrência do uso de drogas e bebidas alcoólicas.

2014 | Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas
Segundo a portaria, as doenças crônicas podem ser definidas como "doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura.

2010 | Redes Temáticas de Saúde
São voltadas para as vulnerabilidades, os agravos e as doenças de modo a mitigá-los ou reduzi-los. São divididas em 5 redes, sendo elas "Rede Cegonha", "Rede de Atenção às Urgências e Emergências", "Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas", "Rede de Atenção Psicossocial" e " Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência".

2011 | Rede Cegonha
É uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

2020 | Portaria nº 188
Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da pandemia da COVID-19, passados dois após a declaração da OMS, em 30 de janeiro de 2020.

2022 | Redes Materna e Infantil
Institui a Rede Materna e Infantil que substitui a Rede Cegonha, dando ênfase à atuação do médico obstetra, excluindo as atividades de assistência à criança, de médicos pediatras e de enfermeiros especialistas em saúde da criança e enfermeiros obstetras. Esta decisão não foi pactuada com a CIT, CNS ou outra instância de controle social.

2006 | Política Nacional de Promoção da Saúde
A PNPS é de suma importância, pois visa a garantia de que todos os cidadãos tenham acesso ao direito à saúde. Seus objetivos se dividem em geral e específicos, sendo esse último subdividido em 13 ao passo que seu objetivo geral fundamental é a promoção da equidade tanto no contexto individual, quanto coletivo, de modo a minimizar as vulnerabilidades advindos das diferenças socio-econômicas, culturais, políticas e ambientais.

2006 | Política Nacional de Atenção Básica
Na PNAB 2006 o Programa Saúde da Família passa a ser Estratégia Saúde da Família. Foi revogada em 2011.

2003 | Criação do SAMU
A Portaria nº 1.864 institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro SAMU-192.

2011 | Atualização da PNAB
Seu objetivo foi revisar normas e diretrizes com o intuito de organizar e reestruturar a Atenção Básica, a Estratégia de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde além de estabelecer diretrizes financeiras quanto ao repasse dos recursos e, assim sendo, eles devem abranger PAB fixo, PAB variável, Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde, Atenção à Saúde Bucal e UBS.

2009 | Portaria nº 837
Acrescenta a Portaria nº 204/2007 o "Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde", destinando recursos exclusivos às despesas de capital, onde projetos deverão ser encaminhados pelos entes federativos ao Ministério da Saúde. Cabe a este Ministério analisar e emitir posicionamento quanto à aprovação da proposta.

2007 | Portaria nº 204
Regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, assim como seu monitoramento e controle. Nela temos a manutenção do PAB Fixo e a inserção do PAB Variável, que são incentivos para a implementação de programas recomendados pelo Ministério da Saúde.

2002 | Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
Regulamentada pelo Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999 e em consonância com as Leis Orgânicas da Saúde, tal política visa garantir os direitos à saúde dos povos indígenas, como preconizado pela Constituição Federal sem, no entanto, violar suas especificidades étnicas e culturais.

NOAS/SUS 2002
Assim como a NOAS 2001, a NOAS 2002 foi instituída com o intuito de continuidade ao processo de descentralização dos sistema de saúde, no entanto com fins de superar os entraves e dificuldades encontrados com a implantação da norma anterior.

2011 | Política Nacional de Atenção às Urgências
Institui a Rede de Atenção às Urgências, onde suas prioridades são os cuidados cardiovasculares, cerebrovasculares e traumatológicos. Fazem parte da Rede: Promoção, prevenção e vigilância; Atenção Básica de Saúde; SAMU; Sala de estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; UPAs e atendimentos hospitalares e domiciliares.

2019 | Lei nº 13.958
Autoriza a criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) pelo Poder Executivo federal, responsável pelo Programa Médicos Pelo Brasil. Essa lei permite a transferência de responsabilidades gestoras do Ministério da Saúde para a ADAPS, que é um modelo de Serviço Social Autônomo, sem fins privado sem fins lucrativos). As empresas privadas de saúde passam a atuar diretamente não apenas na assistência da atenção básica, mas também na administração de toda a estrutura da APS e gestão de grandes volumes de recursos públicos.

2017 | Nova PNAB
Reestruturação da Política Nacional de Atenção Básica quanto a diretrizes, organização dos serviços, composição das equipes de saúde e processos de trabalho. Recomenda-se a cobertura de 100% da população apenas em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e de vulnerabilidade social, de modo que a universalidade não seja desenvolvida e alcançada.

2018 | Programa Saúde na Hora
Implementa o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF). Tem como objetivo ampliar a cobertura da ESF, ampliar o número de usuários nas ações e nos serviços promovidos nas USF, reduzir o volume de atendimentos de usuários com condições de saúde de baixo risco em unidades de pronto atendimento e emergências hospitalares.

2019 | Portaria nº 2.663
Institui a equipe de atenção primária (eAP) e dispõe sobre o funcionamento da equipe de saúde bucal. Favorece a criação de equipes compostas por apenas médicos e enfermeiros com carga horária e cobertura populacional mais flexíveis, fortalecimento e enfoque biomédico.

2021 | Portaria nº 3.254
Integra aos critérios de custeio da Atenção Primária à Saúde do Programa Previne Brasil o incentivo financeiro censitase em critérios populacional, baseado na estimativa populacional mais recente divulgada pelo IBGE. Porém, o repasse dos recursos ainda fica limitado ao potencial de pessoas cadastradas na eSF ou eAP. Caso o quantitativo ultrapasse o número de pessoas cadastradas, será considerado o número de pessoas cadastradas nas equipes.

2019 | Programa Previne Brasil
Estabelece um novo modelo de financiamento da APS no SUS. Foi aprovado sem a discussão e aprovação do Conselho Nacional de Saúde. Determina o fim do PAB Fixo e adota a capitação ponderada, o pagamento por desempenho e o incentivo para ações estratégicas como critérios de financiamento. Se afasta da orientação e estruturação dos trabalhos baseados na territorialização e na universalidade

2022 | Portaria nº 913
Declaração do fim da Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) causada pela COVID-19 e revogação da Portaria GM/MS nº 188, de 3 de fevereiro de 2020.

2020 | Portaria nº 169
Define o valor per capita do incentivo financeiro da capitação ponderada do Programa Previne Brasil a ser transferido aos municípios e Distrito Federal, sendo ele de R$ 50,00 (cinquenta reais e cinquenta centavos) por pessoa cadastrada nas equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária.

2019 | Portaria nº 3.222
Trata sobre os indicadores de pagamentos por desempenho do Previne Brasil. Os indicadores aqui adotados, enfatizam as ações tradicionais do modelo biomédico, dificultando a valorização da promoção à saúde e a abrangência do cuidado.

2022 | Portaria nº 26
Estabeleceo o valor per capita do incentivo financeiro com base em critério populacional do Programa Previne Brasil em R$ 5,95 (cinco reais e noventa e cinco centavos) para o ano de 2022.

2019 | Portaria nº 3.510
Institui o incentivo financeiro de custeio adicional mensal para municípios com equipes de saúde da família ou equipes de saúde bucal que sejam campo de prática para formação de profissionais da APS, considerando os programas de residência em saúde da família para profissionais da medicina, odontologia e enfermagem. Porém reafirma a ideia de que equipes compostas apenas por médicos, enfermeiros e odontólogos são suficientes para a abordagem multiprofissional.

2020 | Portaria nº 828
Altera o nome dos blocos de financiamento para "Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde" e "Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Investimento". Os nomes dos blocos anteriores causavam dúvidas nos gestores locais quando se referiam a "custeio" e "investimento", além de gerar dificuldade em saber a qual bloco uma determinada despesa pertence e gerar entraves no repasse de recursos.

2017 | Projeto SUS Legal (Portaria nº 3.992)
Alteração dos blocos de financiamento do SUS na qual os blocos "Atenção Básica", "Atenção Álem de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar", "Vigilância em Saúde", "Assistência Farmacêutica", "Gestão do SUS" e "Investimento na Rede de Serviços de Saúde" são incorporados a um novo bloco grande chamado "Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde" a fim de enfrentar o empoderamento das decisões dos gestores a nível local. Esse bloco ficaria responsável pela manutenção da prestação das ações e serviços públicos de saúde, e funcionamento dos órgãos e estabelecimentos públicos de saúde. Cria também o "Bloco de Investimento da Rede de Serviços Públicos de Saúde", responsável pela aquisição de equipamentos, obras em instituições novas, e obras de reforma ou de adequação de imóveis já existentes.

2012 | Lei Complementar nº 141
Regulamenta os percentuais mínimos de recursos a serem aplicados no SUS pelos entes federados e especifica quais atividades são consideradas ações e serviços de saúde e que estes recursos serão destinados. Foi um avanço na garantia de recursos destinados à saúde e no impedimento do seu uso indevido ao estabelecer meios de rastreo da transferência desses recursos, possibilitando a fiscalização, avaliação e controle das despesas em saúde.

2018 | Portaria nº 2.135
Trata do processo de planejamento do SUS e disciplinando o funcionamento de instrumentos como Plano de Saúde, Programações Anuais e Relatório de Gestão. Traz também observações sobre o planejamento regional integrado que deverá ser coordenado pelo governo estadual e envolver todos os entes federativos.

2017 | Portaria de Consolidação nº 6
Uma portaria de consolidação é a integração de todas as leis pertinentes a determinada matéria num único diploma legal, onde, a partir de então, a revogação, atualização ou modificação de uma norma não será mais encontrada no texto de origem, mas em sua respectiva portaria de consolidação. Dito isto, a presente portaria consolida todas as normas de financiamento e transferência de recursos federais para as ações e serviços do SUS, bem como seus dispositivos de monitoramento e controle. A partir deste momento, todas as alterações referentes ao financiamento do SUS em normas anteriores a esta portaria serão encontradas aqui.

2001 | Lei da Reforma Psiquiátrica
Trata sobre os direitos, bem como sua proteção, e a assistência prestada a pessoas portadoras de transtornos mentais.

1975 | Sistema Nacional de Saúde
Objetivou o desenvolvimento de atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde por parte dos diversos Ministérios, bem como dos demais entes federativos com vistas a contemplar os setores públicos e privados.

1986 | 8ª Conferência Nacional da Saúde
Foi a mola propulsora para o início da Reforma Sanitária Brasileira, reconhecendo que a saúde deve ser um direito de todos e dever do Estado com equidade no atendimento, integralidade na atenção, de maneira descentralizada, regionalizada, hierarquizada e com participação da comunidade. Nela foi proposta a criação do Sistema único de Saúde.

1988 | Constituição Federal de 1988
Capítulo "Saúde" - Artigos de 196 a 200. Define que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Garante o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Os artigos 195 a 169 estabelecem o Plano Plurianual (PPA), a Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

1988 | Carta de Ottawa
A Carta de Ottawa foi o produto resultante da Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde e seu desenvolvimento foi influenciado pelos progressos alcançados com a elaboração da Declaração de Alma-Ata. Seu objetivo foi a elaboração da carta "Saúde para Todos no Ano 2000", uma vez que eram cada vez mais vigentes discussões sobre as novas concepções de Saúde Pública.

NOB 91
Aprovada pelo presidente do INAMPS, a NOB 91 objetivou a reformulação da política de financiamento do SUS, sendo, instrumento que colaborou para o processo de descentralização do SUS, assim como as demais NOB's.

NOB 92
Instituída pela Secretaria Nacional de Assistência à Saúde juntamente com o INAMPS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Possui como finalidade normalizar a assistência à saúde no SUS, estimular a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do sistema, assim como dar forma concreta a instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde.

NOB 93
Instituída pelo Ministério da Saúde, a NOB 93 objetiva, principalmente, descentralizar a gestão dos serviços e ações de saúde do SUS. Além disso, ela descreve o papel de cada um dos gestores participantes desse processo de descentralização. A NOB 93 também define o modelo gestão semi-plena, que permite aos Municípios a maior autonomia na gestão de seus recursos.

NOB 96
Tem a finalidade promover e consolidar a função de gestor da atenção à saúde dos municípios e do Distrito Federal, dando maior autonomia, bem como sua responsabilização. Estabelece o Piso Assistencial Básico (PAB), permitindo a superação do modelo de pagamento por produção de serviços e aumento da adesão à ESF.

Lei nº 8.080/90
Seu objetivo é operacionalizar e pautar as características normativas do SUS, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Define as atribuições de cada uma das esferas do governo.

1994 | Decreto nº 1.232
Trata das condições do Fundo Nacional de Saúde e forma de repasse de recursos para os demais entes federativos de acordo com as demandas epidemiológicas e número de habitantes.

Lei nº 8.142/90
Garante a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) através da existência das Conferências e dos Conselhos de Saúde a níveis municipais, estaduais e nacional. Trata também sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

2011 | Lei nº 12.466
Acrescenta à Lei nº 8080/90 os artigos referentes a CIB, CIT, Conass e Conasems. As comissões têm caráter decisório sobre aspectos de gestão do SUS, bem como poder de definir e fixar diretrizes. Ao passo que aos Conselhos, é delegado o poder representativo e são eles que recebem o repasse financeiro em seu Fundo Nacional de Saúde.

2019 | Lei nº 9.836
Acrescenta à Lei 8.080/90 o Capítulo V, que trata do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com o intuito de garantir a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde aos povos indígenas.

2000 | Lei Complementar nº 101
Trata das normas de finanças públicas referentes à responsabilidade e gestão fiscal e institui disposições complementares para a execução do Plano Plurianual (PPA), da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA).

2000 | EC nº 29
Institui a obrigatoriedade da aplicação por parte dos três entes da Federação de patamares mínimos de recursos fiscais para o financiamento das ações e serviços de saúde no SUS.

2015 | EC nº 121
Institui o piso salarial nacional do enfermeiro, do técnico de enfermagem, do auxiliar de enfermagem e da parteira, adequando-o a enfermagem dos cargos e planos de carreira estabelecidos para cada um deles, quando houver.

2015 | EC nº 120
Define que, devido à corresponsabilidade da União pelo SUS, é também de sua responsabilidade o financiamento da remuneração e a valorização dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias, garantindo vencimentos de pelo menos 2 salários mínimos.

2016 | EC nº 95
Institui um Novo Regime Fiscal no qual congela os gastos públicos por 20 anos, permanecendo o valor referente ao ano anterior corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Com esta emenda, o orçamento da área da saúde vem diminuindo cada vez mais. Em 2019, por exemplo, a União investiu apenas 13,54% em serviços públicos de saúde, representando cerca de R$ 20 bilhões a menos do que o esperado e ficando abaixo dos 15% estabelecidos pela EC 86.

2015 | EC nº 86
Determinou que a Receita Corrente Líquida da União do respectivo exercício financeiro não poderia ser inferior a 15%. Tornou obrigatória a limitação da execução das emendas parlamentares individuais em até 1,2% da Receita Corrente Líquida prevista no projeto, de maneira que metade desse valor seja destinado ao financiamento da saúde. Porém este valor fica vinculado ao crescimento real da saúde, reduzindo a parcela de recursos oriundos da governabilidade direta do SUS.

NOAS/SUS 2001
A formulação da NOAS/SUS 2001 está inserida em um contexto de descentralização da gestão dos serviços de saúde. Para isso, a NOAS 2001 volta seu foco, em grande parte, para o processo de regionalização.

LEGENDA: AZUL: Organização | VERDE: Influência internacional | ROXO: Políticas e programas | LARANJA: Financiamento | VERMELHO: COVID-19

Este documento foi produzido como material de apoio das disciplinas Política de Saúde e Enfermagem I e II para os acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Setembro/2022.